

# FICHE D'ALERTE SECOURS



Général : 112 – SAMU : 15 – Pompiers : 18

Nom du responsable du groupe : \_\_\_\_\_

Nom de l'appelant (si différent) : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone utilisé pour l'appel : \_\_\_\_\_

## Motif de l'appel :

chute     plaie     entorse     fractures supposées

malaise     maladie     piqure     morsure

autre : \_\_\_\_\_

## Localisation de l'accident :

Commune : \_\_\_\_\_ Lieu dit : \_\_\_\_\_

GPS : \_\_\_\_\_

Heure de l'accident : \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_

Victimes	1	2
Noms		
Prénoms		
Age		
Sexe		
Répond-il aux questions ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Peut-il bouger ses membres ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A-t-il du mal à respirer ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
a-t-il un pouls au poignet ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
a-t-il une lésion évidente ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-il douloureux ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-il en train de s'affaiblir ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Météo sur le site :

Beau temps     Pluie     Orage     Brouillard     Neige     Vent fort

Autre précision sur la météo : \_\_\_\_\_

## Mode de signalement :

\_\_\_\_\_

Possibilité de poser un hélicoptère à proximité :  Oui  Non

(surface plane, dégagée, sans câbles ni arbres)

# FICHE D'ALERTE SECOURS



Général : 112 – SAMU : 15 – Pompiers : 18

Nom du responsable du groupe : \_\_\_\_\_

Nom de l'appelant (si différent) : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone utilisé pour l'appel : \_\_\_\_\_

## Motif de l'appel :

chute     plaie     entorse     fractures supposées

malaise     maladie     piqure     morsure

autre : \_\_\_\_\_

## Localisation de l'accident :

Commune : \_\_\_\_\_ Lieu dit : \_\_\_\_\_

GPS : \_\_\_\_\_

Heure de l'accident : \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_

Victimes	1	2
Noms		
Prénoms		
Age		
Sexe		
Répond-il aux questions ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Peut-il bouger ses membres ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A-t-il du mal à respirer ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
a-t-il un pouls au poignet ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
a-t-il une lésion évidente ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-il douloureux ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-il en train de s'affaiblir ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Météo sur le site :

Beau temps     Pluie     Orage     Brouillard     Neige     Vent fort

Autre précision sur la météo : \_\_\_\_\_

## Mode de signalement :

\_\_\_\_\_

Possibilité de poser un hélicoptère à proximité :  Oui  Non

(surface plane, dégagée, sans câbles ni arbres)